

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ НУТРИТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОЙ РЕАНИМАЦИИ

Бердиярова Г.С., Косарева С.Л., Алмуканова З.Х.

*Казахстанский медицинский университет «Высшей школы организации
здравоохранения», Детская городская клиническая больница №2,
Алматы, Казахстан*

Введение. Трофический гомеостаз вместе с кислородным обеспечением составляют основу жизнедеятельности организма, ресурс для преодоления многих патологических состояний. Примерно 30-40% пациентов, госпитализированных в педиатрические стационары, имеют нутритивную недостаточность. У детей в ургентных состояниях, госпитализированных в отделения интенсивной терапии, частота нутритивной недостаточности вырастает до 44-64%, а среди госпитализированных по экстренным показаниям в 70% случаев симптомы нутритивной недостаточности остаются нераспознанными.

Материал и методы. За 2023 год в ОАРИТ ДГКБ №2 г. Алматы было пролечено 886 пациентов. Недостаточность питания была диагностирована у 278 (31%), среди них детей до года составило 180 (64%) больных. Известно, что недостаточное питание, включая ожирение, связано с неблагоприятными клиническими исходами: длительная ИВЛ, повышенный риск инфекционных осложнений и смертности, длительная госпитализация. В связи с этим, пациентам проводилась оценка нутритивного статуса по ИМТ, биохимическому статусу и производилась ежедневная коррекция нутритивных компонентов по фактическому весу. 30 (10%) пациентов имели белково-энергетическую недостаточность 3 степени, в основном это пациенты с патологией ЦНС. Всем пациентам с проблемой энтерального кормления, в течение 48 часов подключалась парентеральная дотация стандартизированными растворами. Состояние нутритивного статуса пересматривалось еженедельно на протяжении всей госпитализации. Всем детям от 2 месяцев и старше с диагностированным дефицитным нутритивным статусом дотация белков начиналась в дозе 2 г/кг/сут (при отсутствии декомпенсированного ацидоза), углеводов 2 г/кг/сут и жиров (при нормальных значениях триглицеридов). Использование стандартизированных растворов 3 в 1, позволили также проводить коррекцию волемического статуса, через дополнительный порт вводить электролиты и солевые растворы. Положительным моментом также является, что стандартизированные растворы для парентерального питания уже сбалансированы по соотношению белковых и небелковых компонентов, имеют антибактериальный порт для исключения проникновения инфекции в мешок при введении дополнительных



растворов. За период анализа практически в 100% была выявлена положительная динамика у пациентов, которым проводилась нутритивная поддержка стандартизированными растворами.

Результаты исследования. При анализе выявлено, что по сравнению с 2022 годом, снизилась трансфузия растворов альбумина на 90% у данных пациентов, минимальный уровень гипопроотеинемии не снижался ниже 50 г/л и альбумина ниже 25 г/л, на 2-3 неделе появлялась стабилизация по альбумину на компенсированных значениях по биохимическому анализу. На протяжении первой недели еще сохранялась нестабильность весовой кривой, но на 10-12 день, пациенты выходили на фазу стабилизации и среднесуточная динамика веса составляла 20-30 гр сутки в положительном балансе. Улучшилось качество ухода за пациентами, так как сбалансированный – раствор капается через одну систему и готов сразу к использованию, это снизило нагрузку на медицинскую технику и средний медицинский персонал, уменьшился контакт с венозным доступом.

Заключение. Стандартизированные растворы являются сбалансированными, безопасными и удерживающими стабильность компонентов после смешивания в течении 5 суток при комнатной температуре и отсутствия попадания солнечных лучей. В сравнительном аспекте с индивидуализированным методом питания стандартизированные растворы для парентерального питания являются экономически выгодными, потому что работает принцип один пакет на одного пациента, без слива, после вскрытия мешка и стабильным по срокам на длительное время.